

厚岸町重度身体障害者自助具給付申請書

申請日 年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住所
氏名
対象者との続柄
電話番号

次のとおり厚岸町重度身体障害者自助具給付の申請をいたします。

また、厚岸町重度身体障害者自助具給付の決定のため、私の世帯の住民基本台帳、課税状況及び所得・収入の状況について、貴町が確認、照会することを承諾するとともに、決定内容について下記の業者へ通知することに同意します。

対象者	フリガナ 氏 名	
	生年月日（年齢）	年 月 日（ 歳）
	住 所	※上記と異なる場、合記入してください。 厚岸町

購入を希望する 自助具の種目		
自助具 販売業者	名称	
	所在地	
	電話	

身体障害者手帳の所持 ☐ なし ☐ あり⇒	手帳番号（ 第 号） 交付年月日（ 年 月 日） 障がい名（ ） 障害等級（ ） 級
該当する所得区分※	☐ 生活保護世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯

※所得区分

- 生活保護世帯：生活保護受給世帯（単給世帯も含む）又は「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」による支援給付受給世帯
- 市町村民税非課税世帯：世帯全員の市町村民税が非課税である世帯
- 世帯の範囲は、18 歳未満の対象者は、その保護者が属する住民基本台帳上の世帯員全員とし、18 歳以上の対象者は、本人及び同一世帯に属する配偶者となります。